

ORTOPEDA Z OGNIEM W OCZACH

ROZMOWA Z KONRADEM SŁYNARSKIM,
SPECJALISTĄ ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU, ORDYNATOREM
I WSPÓŁWŁAŚCIELEM CENTRUM MEDYCZNEGO LEKMED

– Szpital Lekmed to stosunkowo nowa placówka na polskim rynku ortopedycznym. Jakie były początki?

– Szpital powstał dwa lata temu, w 2013 r. przeprowadziliśmy pierwsze operacje. Został założony przez kilku chirurgów. Prześlanką było stworzenie miejsca, które proponowałoby pacjentom leczenie medyczne w wąskiej specjalizacji ortopedii i neurochirurgii. Nie chcemy oferować usług masowych, ale tworzyć szpital butikowy – nie wiem, czy to dobra nazwa dla szpitala, ale nie chcemy być supersamem, który leczy dużą liczbę pacjentów, lecz zaoferować profesjonalne leczenie wysokiej jakości dla niezbyt wielu pacjentów, ściśle dopasowane do ich indywidualnych potrzeb. To, co oferujemy, to bardzo nowoczesne technologie, takie jak przeszczepianie komórek macierzystych, skomplikowane rekonstrukcje stawów. Jesteśmy niezależni, więc gdy widzimy nową, obiecującą, mało inwazyjną technologię, wdramy ją u siebie bardzo szybko. W dużych szpitalach podlegających NFZ ich wdrożenie wymagałoby wielu lat. Dzięki temu, że jestem członkiem wielu towarzystw naukowych, jestem na bieżąco z tymi technikami. W masowej medycynie będą one dostępne dopiero za kilka lat. Najważniejsze jest dla mnie poszukiwanie takich technik, które ratują stawy.

– W Polsce schorzenia stawów to duży i bardzo często występujący problem?

– Tak, można wręcz powiedzieć, że obserwujemy epidemię chorób zwyrodnieniowych stawów. To wiąże się z rozwojem świata i współczesnym stylem życia. Jako układy mechaniczne nasze ciała nie są przystosowane do tak dużych obciążeń w czasie coraz dłuższego życia i do tego, że nawet ludzie w podeszłym wieku chcą być aktywni, uprawiać sport. Na skutek tego obserwujemy coraz więcej urazów, które wiążą się ze zużyciem się stawów. Od czasu studiów medycznych zawsze czułem wewnętrzny sprzeciw wobec tego, by wymieniać stawy, wstawiając sztuczne zamienniki. To dobre rozwiązanie, ale nie dla wszystkich, z całą pewnością nie dla tych osób, które chcą być aktywne fizycznie. Dla normalnej sprawności fizycznej nie ma nic lepszego niż nasz własny staw kolanowy. Nawet naprawiony jest lepszy niż proteza. A na świecie widać dość powszechny trend polegający na wszczepianiu stawów coraz to młodszym pacjentom. Cała moja kariera zawodowa zaczęła się od tej niezgody na protezy. Jeszcze będąc na studiach przeczytałem naukowy artykuł na temat pracy szwedzkich lekarzy i biologów, którzy wynaleźli technikę

polegającą na pobraniu fragmentu chrząstki wielkości łebka od zapałki z chorego stawu. W laboratorium wyizolowane komórki pozyskane z tego kawałka chrząstki były namnażane i wszczepiane podczas drugiej operacji do kolana. Zrozumiałem wtedy, że to przełomowy moment w medycynie. Powstała nowa gałąź, inżynieria tkankowa. Nie bez powodu to właśnie ortopedzi byli prekursorami tej gałęzi medycyny. Nasi pacjenci i ich choroby są bardzo wymagające. Przeszczepianie komórek to dzisiaj metoda stosowana w wielu innych dziedzinach medycyny, np. kardiochirurgii, urologii. Było to przełomem w moim życiu, bo cała moja kariera zawodowa zakreśliła się wokół tego jednego artykułu.

– Jakie były pana losy?

– Kończąc studia, dostałem stypendium Unii Europejskiej, jeszcze w czasach, kiedy Polska w Unii nie była. W 1998 r. pojechałem do Holandii, gdzie zająłem się hodowlami komórek i odbyłem staż w Klinice Ortopedycznej na Uniwersytecie Erasma w Rotterdamie. Potem zaangażowałem się w działalność Towarzystwa Naprawy Chrząstki Stawowej ICRS. Jestem dzisiaj członkiem jego rady naukowej. Na pierwszym sympozjum tego towarzystwa, w którym uczestniczyłem, poznałem prof. Arnoldda Caplana, ojca chrzestnego komórek macierzystych, często wspomnianego jako kandydata, do Nagrody Nobla. Powiedział mi kiedyś, że dlatego się mną zainteresował, bo zobaczył w moich oczach ogień, paliłem się, by wykonać przeszczep komórek w Polsce. Zaproponował mi, żebym do niego przyjechał. Był twórcą wiedzy na temat komórek macierzystych. Dostałem stypendium Fundacji Kościuszkowskiej i pojechałem na rok do USA. Tam prowadziłem badania nad przeszczepianiem komórek macierzystych i robieniem z nich chrząstki. Te badania stały się potem podstawą mojego doktoratu. W USA poznałem Szweda pracującego w laboratorium, które opublikowało zabieg przeszczepiania komórek z chrząstki, o którym wspominałem. Nawiązaliśmy współpracę. Wróciłem do Polski w 2002 r. Zaczęliśmy prowadzić wspólnie badania naukowe, na razie na kozach, ale dzięki nim przygotowywałem się do przeprowadzenia pierwszego w Polsce przeszczepu chondrocytów. No i byłem szczęśliwy, bo nagle miałem okazję pracować z najlepszymi na świecie.

– Czy wtedy już wykonywało się takie zabiegi?

– Nie było nic. Wyjazd na stypendium to krok w górę w karierze, doświadczeniu, wiedzy. Powrót jest gorszy. Człowiek ma

wrażenie, że ma podcięte skrzydła. Ale już po półtora roku przeprowadziłem pierwszy w Polsce przeszczep chondrocytów, czyli komórek chrzęstnych wchodzących w skład tkanki chrzęstnej. Pracowałem wtedy na Akademii Medycznej, w Szpitalu Bródnowskim w Warszawie. Ten zabieg dzisiaj jest powszechnie stosowaną procedurą. Wtedy wysyłaliśmy pobrane komórki DHL do laboratorium w Szwecji, gdzie były hodowane, a następnie odsyłane do nas z powrotem. Pamiętam, jak kiedyś zimą samolot z komórkami z powodu zamieci nie mógł wylądować w Warszawie. Wylądował w Krakowie. Mieliśmy tylko maksymalnie 24 godziny, żeby je wszczepić. Sam o pierwszej w nocy odbie-

rałem je na argo i robiliśmy przeszczep w nocy, bo nie można było czekać. Dzisiaj nie musimy już wysyłać komórek, laboratorium przyjeżdża do nas i jesteśmy w stanie wykonać cały zabieg w ciągu godziny. Gdy komórki są gotowe, dokonujemy przeszczepu.

– Na czym polega ten zabieg?

– W miejsce dziury w chrząstce, w miejsce zniszczonej tkanki wklejamy komórki, stymulując ich regenerację. Jednak coraz więcej uszkodzeń stawów jesteśmy w stanie leczyć zastrzykiem, bez potrzeby operowania stawu. Technologie, które jeszcze niedawno nawet nam się nie śniły, są u nas dzisiaj stosowane.

Wcześniej komórki były przeszczepiane na membranę wklejaną w miejsce uszkodzenia. Dzisiejsze technologie pozwalają na szybkie, w ciągu 30 minut, wyizolowanie komórek z tłuszczu z brzucha, bez potrzeby ingerencji chemii oraz laboratorium, i wszczępienie ich do kolana w formie zastrzyku. Okazało się to bardzo skuteczne w leczeniu wielu uszkodzeń, ale przede wszystkim najbardziej spektakularne w przypadku zmian zwyrodnieniowych stawów. Możemy pomagać powracać do normalnego życia chorym, którzy inaczej musieliby mieć wszczepioną endoprotezę. Większość moich pacjentów leczonych zastrzykiem komórek pobranych z tłuszczu uniknęła endoprotezy i wróciła do normalnego funkcjonowania bez bólu.

– A jak wygląda powrót do zdrowia w tym wypadku?

– Zabieg trwa 30 minut. Po tym zabiegu po około dwóch godzinach pacjent na własnych nogach wychodzi ze szpitala. Bez kul. To zabieg w znieczuleniu miejscowym, nie żadna operacja. Myślę, że tak właśnie będzie wyglądała medycyna za kilka lat. Będziemy wykonywali coraz mniej operacji. Może kiedyś nawet przy zawale serca będziemy mogli zdiagnozować szybko problem telefonem i otrzymać w aptece lub w karetkę zastrzyk z komórek macierzystych. Wszystko zmierza w tym kierunku, żeby coraz więcej chorób leczyć w formie zastrzyku. To szybkie, mało inwazyjne metody. Przy czym te komórki nie działają tylko przeciwbólowo. Już po kilkunastu tygodniach, patrząc na zdjęcia w rezonansie magnetycznym, widzimy, że te komórki regenerują uszkodzone elementy. Chorym odrastają zniszczone łękotki, chrząstki, kość. Nawet u starszych pacjentów po kilku miesiącach widać naprawę. Na naszych oczach dokonuje się przełom w medycynie regeneracyjnej. W ciągu ostatnich kilku lat znacząco zmienił się bowiem sposób postrzegania komórek macierzystych. Przede wszystkim okazało się, że komórki te są obecne niemal w każdej tkance naszego ciała. Jeszcze niedawno uważaliśmy, że komórki takie „przemieniają” się w inne typy komórek prowadząc do regeneracji. Aktualny sposób, w jaki tłumaczymy ich działanie i sens istnienia we wszystkich częściach naszego ciała jest taki, że są one naszą „mobilną apteką” czy karetką pogotowia. Tworzą w miejscu uszkodzenia czynniki, które stymulują regenerację, tworzenie naczyń krwionośnych, stymulują do pracy inne komórki: są bardziej inżynierami niż pracownikami budowy.



Fot. materiały prasowe

– Jest pan w Polsce prekursorem wielu metod chirurgii kolana. Na przykład trochleoplastyki artroskopowej.

– Tak, razem z prof. Larsem Bløndem z Norwegii wykonaliśmy w lutym 2015 r. pierwszy w Polsce zabieg trochleoplastyki artroskopowej stosowany w leczeniu niestabilności rzepki spowodowanej dysplazją bloczka kości udowej. To zabieg, dzięki któremu możemy poprawić nieco naturę. U niektórych pacjentów organizm nie wytwarza wgłębienia na kości udowej, po którym rzepka ślizga się jak po torze saneczkowym. Możemy to endoskopowo wyźłobić bez otwierania kolana, tylko przez dwie, trzy dziurki w kolanie. Siedem lat temu, jako pierwszy na świecie wprowadziłem do medycyny implant z biomateriału o takiej samej elastyczności jak kość. Służy on do wykonywania osteotomii kości piszczelowych w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kolana. Kiedy rozwija się choroba zwyrodnieniowa kolana, wyciera się chrząstka i staw zapada się i wygina na zewnątrz. Zamiast wymieniać cały staw na sztuczny, wprowadzamy implant, co daje realne szanse na ok. 15 lat normalnego funkcjonowania na własnym kolanie. Dla przykładu, wyleczyłem tak pacjentów, którzy kwalifikowali się do endoprotezy, a dzięki temu implantowi biegają dziś triathlony... Implant wynaleziono w Boulder w USA, w firmie iBalance. Poznałem inżynierów, którzy opracowywali koncepcję nowej operacji, kiedy byłem na stażu u profesora Richarda Steadmana, jednego z najbardziej znanych ortopedów na świecie. W 2008 r. wykonałem pierwsze na świecie operacje z tym implantem. Inna nowinka to amortyzator kolana, który zaczęliśmy wszczepiać w grudniu zeszłego roku. Odciąża zniszczoną część kolana, pacjenci mogą chodzić o własnych siłach, bez kul, już dwa dni po zabiegu. Powrót do sprawności po innych operacjach, które stosuje się w tego typu schorzeniach, trwa około 2 miesięcy. A tutaj jeden z moich pacjentów po czterech tygodniach od zabiegu rozegrał kilkugodzinny turniej tenisowy... Dzisiaj pacjenci, których operowałem w grudniu, nie tylko są aktywni, nie mają bólów, ale w dodatku zdjęcia z rezonansu pokazują, że samoistnie wygoiliły im się wszelkie ubytki w obrębie kolana, które nie były leczone. To kolejny przełom w medycynie. W wielu przypadkach nie trzeba skomplikowanych zabiegów, wystarczy odciążyć kolano i samo się goi.

– To trochę poprawianie pana Boga...

– Pomaganie albo danie szansy naturze, by naprawiła ten staw. W dodatku to mało inwazyjna operacja. Nie ma żadnej ingerencji w kolano, to lekkie nacięcie i wkręcenie kilku śrubek mocujących tłok amortyzatora. Na razie pomyślnie zakończyliśmy pierwsze fazy badań i trwa już proces rejestracji. Będzie dostępny na jesieni. Kiedy połączymy ten zabieg z przeszczepami komórek macierzystych, będziemy mieli dwie metody o mało inwazyjnym charakterze, które będą dawały niesamowite rezultaty.

– Z czego biorą się zwyrodnienia stawów?

– Choroby stawów zwykle zaczynają się od uszkodzeń biologicznych lub urazów. Prędzej czy później dochodzi do progresji uszkodzeń mechanicznych.

– Gdy spojrzeć na starszych ludzi w Polsce, odnosi się wrażenie, że są o wiele bardziej zniedołężniali niż ich rówieśnicy w innych



CO LUBI KONRAD SŁYNARSKI?

ZEGAREK → „Ulubiony Tissot, który rzadko noszę. Na co dzień używam zegarków typu SmartWatch, które liczą moje kroki. Noszą je moi pacjenci, kiedy chcę monitorować ich aktywność po operacji, więc sam też zacząłem, żeby móc się z nimi mierzyć. Są też dobre, gdy uprawia się sport. Mam urządzenie firmy Garmin.”

SAMOCHÓD → „7 lat temu pozbyłem się samochodu, żeby jeździć do pracy rowerem. Ale jeśli już auto, to przyznam, że lubię mocne, sportowe samochody”.

WYPOCZYNEK → „Zimą na plaży lub na stoku, zwłaszcza Włochy, ze względu na kuchnię i tamtejsze restauracje”.

KUCHNIA → włoska, japońska, hiszpańska
RESTAURACJA → „Chianti, Tapas, Butchery&Wine, Izumi Sushi”.

HOBBY → podróże, piłka nożna

krajach. Czy jest szansa, że kiedyś metody, o których pan mówi, będą powszechnie dostępne?

– Myślę, że tak. 15 lat temu wykonałem pierwszy w Polsce przeszczep komórek chrząstki. Dzisiaj ta terapia jest już dostępna i stosowana w wielu klinikach. Implanty łękotek, które jako pierwszy w Polsce wykonałem w 2007 r., są dzisiaj wykonywane nawet w ramach NFZ. Podobnie osteotomia, w której wyszkoliłem wielu lekarzy. Dla mnie nie jest satysfakcją, że zrobię jakąś operację jako pierwszy, bo takie uczucie trwa krótko i nie daje żadnych trwałych efektów w świecie, w jakim żyję. Najbardziej się cieszę, kiedy mogę dzielić się wiedzą, wpływać na zmianę poglądów i mam ogromną satysfakcję, spotykając się z innymi lekarzami, którzy przeprowadzają operacje, jakich ich

nauczyłem. Każda metoda pokazuje swoją siłę, kiedy służy wielu pacjentom. Za każdą tą metodą stoi wiele lat ciężkiej pracy biologów, ortopedów, inżynierów, ale też pacjentów, którzy na ostatnim etapie zgadzają się, by wziąć udział w badaniach klinicznych. Cichym bohaterem większości sukcesów w medycynie są właśnie pacjenci.

– Kiedyś powiedział pan, że ortopedia jest jedyną dziedziną medycyny, w której pacjent pracuje tak samo jak lekarz.

– To jedna z nielicznych dziedzin chirurgii, gdzie lekarz i pacjent są partnerami. Zawsze chcę, żeby chory uczestniczył w decyzji co do tego, jaką metodę leczenia zastosujemy. Pokazuję mu wachlarz możliwości i decydujemy wspólnie. Ostateczne słowo ma pacjent. To w końcu jego kolano. W ortopedii jest tak, że bezpośrednio po operacji jest dużo gorzej niż przed nią. Muszę to chorym uświadamiać. Pacjenci przychodzą do kliniki o własnych siłach, a wychodzą po operacji o kulach. Zawsze potrzebna jest nam rehabilitacja. Żeby moja metoda zadziałała, potrzebny jest wysiłek pacjenta, jego zaangażowanie. Dlatego tak ważny jest osobisty kontakt chirurga z pacjentem.

– Pracujecie też państwo nad kręgosłupem. Jak pan ocenia stan polskiego społeczeństwa w kwestii chorób kręgosłupa właśnie?

– Jest to problem bardzo wielu osób. Wynika to z nadmiernego obciążenia, stylu życia, nadwagi, charakteru wykonywanej pracy. Zmiany zwyrodnieniowe są efektem zużywania się kręgosłupa, ale też urazów. Choroby kręgosłupa wpisują się w epidemię chorób narządu ruchu. Bierze się to głównie z siedzącego trybu życia i małej aktywności sportowej, raczej okazjonalnej.

– Czy są nowe metody leczenia osteoporozy?

– Nasz szpital jest w trakcie badań klinicznych nad nowymi metodami leczenia także osteoporozy. Są to leki podawane w formie zastrzyków do kości, zwiększające ich wytrzymałość w miejscach typowo ulegających złamaniom. Duże znaczenie, tak jak we wszystkich chorobach narządu ruchu, ma profilaktyka, czyli ruch, aktywność sportowa. Bardzo ważne: na jakość kości wpływa też sposób odżywiania. Witamina D na przykład ma istotny wpływ na gęstość kości. W leczeniu osteoporozy ważne jest nie tylko to, że pojawiają się nowe leki, ale też uświadczenie sobie, jak ważna jest aktywność fizyczna przez całe życie.

– Co sądzi pan o tak modnym teraz bieganiu?

– Bieganie jest bardzo dobre i zdrowe. To bardzo prosty rodzaj aktywności fizycznej, który skutecznie poprawia naszą kondycję. Jednak tak jak ze wszystkim należy uprawiać je w sposób rozsądny. Jeżeli ktoś zaczyna biegać, musi przyzwyczajać organizm stopniowo. Nie dla wszystkich jest to od razu bezpieczne i wskazane. Na przykład, osoby z dużą nadwagą powinny zacząć od umiarkowanego wysiłku, a dopiero potem przejść do biegania. Zdarza się, że pacjenci mają problemy z kolanami i stawami spowodowane zbyt forsownym bieganiem. Bieganie wciąga i czasem trudno znaleźć ten etap, który jest dla nas korzystny, zdrowy, trzeba uważać, by nie przesadzić. Warto mieć trenera, kogoś, kto nas prowadzi, ćwiczy z nami i nie pozwoli nam zrobić sobie krzywdy.

– Leczy pan też celebrytów?

– Tak, ale oczywiście zachowujemy ich prywatność. Niektórych pacjentów nie da się jednak ukryć, choćby Johna Malkovicha, którego operowałem u siebie dwukrotnie, a potem kilka miesięcy wracał do zdrowia u nas w szpitalu na rehabilitacji. Malkovich miał kłopoty z kolanem od kilku lat, koledzy z Monachium planowali wymienić jego staw na sztuczny. Zostałem mu polecony przez znajomego producenta, któremu operowałem oba kolana. I dzięki skomplikowanej operacji oraz komórkom macierzystym uratowałem mu kolano przed wymianą. Kontaktujemy się regularnie, właśnie dzwonił do mnie przed kilkoma dniami z planu filmowego. Był bardzo zadowolony, jest rok po ostatniej operacji, ponoć ortopedzi z Nowego Jorku, którzy oglądali jego zdjęcia rentgenowskie, byli pod wrażeniem tego, co udało się zrobić.

– Można powiedzieć, że sam stał się pan celebrytą, występując w programie „Sekrety lekarzy”. Dlaczego się pan na to zdecydował?

– Niektórzy są zdziwieni, że zdecydowałem się wziąć udział w tym programie. To prawda, długo się nad tym zastanawiałem. To trudna decyzja, bo pokazanie „warsztatu” oraz moich operacji od podszewki jest ciężkim zadaniem zarówno dla mnie, jak i pacjenta. Najważniejsza okazała się jednak chęć pokazania ludziom, że można naprawić kolano czy inne stawy, niekoniecznie wymieniając je na sztuczne. Te zabiegi nie są popularne. Duże koncerny produkujące protezy wydają olbrzymie pieniądze na marketing. Stąd lekarzom oferującym zabiegi oszczędzające staw nie jest łatwo się przebić. Czułem potrzebę edukacji społeczeństwa, przekazania wiedzy o tym, że nieinwazyjne zabiegi są możliwe i skuteczne. W końcu kiedyś byłem nauczycielem akademickim i ta potrzeba jest dla mnie ważna... Pomyślałem, że to unikalna szansa, by pokazać, że nie trzeba się godzić na inwazyjne operacje. Jednocześnie mogłem pomóc ludziom, którzy zostali odrzuceni przez system opieki zdrowotnej. Wielu tym osobom odmawiano pomocy nawet poza granicą Polski. Niektórych z tych ludzi nie byłoby też zwyczajnie stać na taką operację.

– A jaki jest koszt na przykład zabiegu wszczepienia komórek macierzystych?

– U mnie kosztuje on 7 tys. zł. Ceny tego typu zabiegów są różne, w Polsce i na świecie, nawet trzykrotnie wyższe. Nie zarabiamy na tym zbyt wiele. Jednak dzięki temu wykonujemy dużo tego typu operacji. Chcemy przede wszystkim, by jak najwięcej pacjentów wiedziało, że istniejemy i że to robimy. Zapotrzebowanie na jednodniowe, nieinwazyjne zabiegi pozbawiające pacjentów bólu i poprawiające komfort życia jest bardzo duże. Wykonuję osobiście około kilkunastu tego typu zabiegów tygodniowo.

– Jak duży jest pana zespół?

– Jest nas tu czterech operujących na stałe chirurgów, dodatkowo kilku lekarzy współpracuje z nami, a cały zespół bloku operacyjnego liczy 8 osób. Wykonujemy kilkanaście skomplikowanych zabiegów tygodniowo, również poważnych zabiegów neurochirurgicznych, wymagających dłuższej hospitalizacji. Nasz oddział jest mały i liczy tylko 12 łóżek. Mamy też rehabilitantów pracujących z pacjentem przy łóżku i podczas całej rehabilitacji. ■

Barbara Grabowska